

**FACESA- Faculdade de Ciências e Educação-Sena Aires**  
**ENFERMAGEM BACHARELADO**

**JANYERE RIBEIRO DO NASCIMENTO**

**FATORES ASSOCIADOS AO AUMENTO DA INCIDÊNCIA DE  
CESARIANAS NO BRASIL.**

**FACTORS ASSOCIATED WITH INCREASED INCIDENCE OF CESARIAN  
SECTIONS IN BRASIL.**

**VALPARAISO DE GOIAS**

**2014**

**JANYERE RIBEIRO DO NASCIMENTO**

**FATORES ASSOCIADOS AO AUMENTO DA INCIDÊNCIA DE  
CESARIANAS NO BRASIL.**

**FACTORS ASSOCIATED WITH INCREASED INCIDENCE OF CESAREAN  
SECTIONS IN BRAZIL.**

Artigo de Conclusão de Curso  
apresentado a FACESA - Faculdade de  
Ciências e Educação Sena Aires - como  
requisito parcial à obtenção da menção da  
disciplina de tcc II.

**VALPARAISO DE GOIAS**

**2014**

**JANYERE RIBEIRO DO NASCIMENTO**

**FATORES ASSOCIADOS AO AUMENTO DA INCIDÊNCIA DE  
CESARIANAS NO BRASIL.**

**FACTORS ASSOCIATED WITH INCREASED INCIDENCE OF CESAREAN  
SECTIONS IN BRAZIL.**

Artigo apresentado à FACESA – Faculdade de Ciências e Educação  
Sena Aires como requisito obrigatório à obtenção da do Título de Bacharel em  
Enfermagem.

Aprovado em: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

Banca Examinadora:

---

Prof<sup>a</sup>. MSc. Daniella Ribeiro Guimarães Mendes - Orientadora

---

**Membro**

---

**Membro**

**VALPARAISO DE GOIAS**

**2014**

## FATORES ASSOCIADOS AO AUMENTO DA INCIDÊNCIA DE CESARIANAS NO BRASIL.

### FACTORS ASSOCIATED WITH INCREASED INCIDENCE OF CESAREAN SECTIONS IN BRAZIL.

Nome: 1. Janyere Ribeiro do Nascimento 2. Daniella Ribeiro Guimarães Mendes

**RESUMO:** Embora desde 1985 a Organização Mundial da Saúde (OMS) mostre que uma taxa de cesariana maior do que 15% é medicamente injustificável, altas taxas de cesariana são quase universais. Duas décadas mais tarde, todavia, as taxas de nascimento por cesárea contrariam tal preconização, tanto em países desenvolvidos, quanto naqueles em desenvolvimento. O Brasil apresenta uma das taxas mais elevadas do mundo, pois além de aumentarem o custo do financiamento à saúde, aumentam também o risco de morbimortalidade maternas e perinatal. O objetivo deste artigo foi revisar na literatura acerca dos fatores associados ao aumento da incidência de cesarianas no Brasil. A metodologia inclui uma pesquisa de artigos científicos, realizada através de 54 artigos, indexados nas bases de dados Scielo, Lilacs, Bireme e sites do ministério da saúde nos últimos 09 anos. Este estudo embora mostre que a grande maioria das mulheres tenham preferência pelo parto cesáreo, por receio da dor do parto vaginal ou por razões estéticas, vários autores mostraram que o parto vaginal é esperado por boa parte delas ,apesar disso, a literatura considera que os índices de cesariana não refletem a qualidade da assistência obstétrica prestada ,muito há que se pensar acerca dos mecanismos institucionais e de organização das redes de saúde para o resgate da cultura voltada ao parto natural.

**Palavras - Chaves:** Cesárea, Parto humanizado, Parto normal, Obstetria.

**ABSTRACT:** Although since 1985 the World Health Organization (who) show that a Caesarean rate greater than 15% is medically unjustifiable, high rates of caesarean section are almost universal. Two decades later, however, the rate of birth by Caesarean contradict such recommendation, both in developed countries as in developing ones. The Brazil offers one of the highest rates in the world, as well as increase the cost of financing health care, also increase the risk of maternal and perinatal morbidity and mortality. The aim of this article was to review the literature about the factors associated with the increased incidence of Cesarean sections in Brazil. The methodology includes a survey of scientific articles, accomplished through 54 articles indexed in the databases, Scielo, Lilacs, Bireme and the Ministry of health websites in the last 09 years. Although this study show that the vast majority of women have preference for Cesarean delivery, for fear of the pain of vaginal birth or for aesthetic reasons, several authors showed that vaginal birth is expected for most of them, despite this, the literature considers that the rates of Cesarean section does not reflect the quality of obstetric assistance provided, so you have to think about the institutional mechanisms and organizational health networks for the ransom of culture geared to natural childbirth.

**Key Words:** Section, Humanized childbirth, Natural childbirth, Midwifery.

## 1 – INTRODUÇÃO

Em 1985, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu que não há justificativa para qualquer região do mundo possuir taxas de parto cesárea maiores do que 10-15%, suportando a hipótese de que quando tal índice aumenta acima de 15%, os riscos para a saúde reprodutiva passam a superar os benefícios. Duas décadas mais tarde, todavia, as taxas de nascimento por cesárea contrariam tal preconização, tanto em países desenvolvidos, quanto naqueles em desenvolvimento.<sup>(01)</sup>

Diversos fatores contribuíram para este fato, tais como a evolução das técnicas cirúrgicas e anestésicas, a redução dos riscos de complicações pós-operatórias mediatas, a conduta obstétrica defensiva, as características de organização do sistema de saúde, e consequente remuneração, além da própria demanda por parte das mulheres.<sup>(02)</sup>

Quase 40% dos partos feitos pelo SUS já são cesarianas, sendo mais que o dobro indicado pela Organização Mundial da Saúde. As cesarianas já são a maioria dos partos em hospitais privados: 84%, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar.<sup>(49)</sup>

Dados do Ministério da Saúde mostram que em 12 anos o número de cesáreas saltou de 599 mil para 747 mil, alcançando 38% dos partos feitos pelo SUS. Enquanto isso, partos normais estão diminuindo: no ano 2000 foram feitos 1,9 milhões de partos, doze anos depois caíram para 1,2 milhões. Até 2014, o Ministério da Saúde pretende implantar 280 centros de parto normal em todo o país.<sup>(49)</sup>

Embora o risco de morrer durante uma cesariana seja muito menor do que foi há quatro séculos, os partos cirúrgicos dispensáveis contribuem para manter a mortalidade materna brasileira, em níveis bem superiores aos de países desenvolvidos como o Reino Unido. Estima-se que entre 75 e 130 brasileiras em cada grupo de 100 mil, morram durante o parto ou por complicações associadas à gravidez, sendo que entre as inglesas, tal índice é de aproximadamente dez mortes por 100 mil.<sup>(05)</sup>

Até pouco tempo criticada pelos obstetras que classificavam de antiéticos os colegas que faziam a cesariana "sem precisar", essa cirurgia ganha cada vez mais adeptas no mundo, sendo o Brasil um dos países campeões em cesarianas.<sup>(10)</sup>

A informação faz parte da publicação "Saúde Brasil 2009", divulgada em dezembro pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde, o levantamento mostra que o número de cesarianas subiu de 38% em 2000 para 52% em 2010 em todo o País.<sup>(10,11)</sup>

Segundo o Sistema Nacional de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc), saliente-se que esse processo de intensificação de intervenções e do uso de aparatos tecnológicos na assistência ao parto ocorreu em diversos países e já no final da década de 1980 era objeto de preocupação de pesquisadores, originando propostas de consenso para sua redução.<sup>(11,12)</sup>

Tão significativos como esses números são as polêmicas geradas por esse tipo de parto. Enquanto o Ministério da Saúde faz o que pode para incentivar o parto normal, obstetras lembram que a cesariana tem as suas vantagens - desde a praticidade e segurança oferecidas pela cirurgia até a estética (a cicatriz fica abaixo da bexiga e a mãe pode usar biquíni).<sup>(10)</sup>

A escassez de tempo e o imediatismo da vida moderna levam mulheres e médicos a achar mais cômoda a cesárea do que o parto normal. Daí o aumento desse tipo de parto no Brasil e no mundo.<sup>(10)</sup>

Segundo Villar et al<sup>(04)</sup>, muitos fatores tem contribuído para essa ascensão, incluindo técnicas cirúrgicas e anestésicas mais aprimoradas, redução do risco de complicações pós-operatórias, fatores demográficos e sociais, a percepção dos provedores de cuidado e de pacientes de que o procedimento é seguro, a pratica profissional defensiva, mudanças nos sistemas de saúde e a cesárea a pedido da mulher.

Como possíveis explicações para esse crescimento no Brasil, Faundes e Cecatti<sup>(13)</sup> descreveram fatores associados à mulher (medo da dor, busca da integridade vaginal e crenças de que o parto vaginal é mais arriscado para o feto do que uma cesárea), a organização da atenção obstétrica (conveniência e segurança do médico) e fatores institucionais e legais, como o pagamento mais elevado para a cesárea por parte do SUS.

Partos operatórios sem indicação clínica constituem um problema para a saúde pública; pois além de aumentarem o custo do financiamento à saúde, decorrente do maior tempo de internação e recuperação, maior necessidade de cuidados médicos e de enfermagem e maior consumo de medicamentos<sup>(14,15)</sup>, além de aumentarem os riscos de morbidade e mortalidade maternas e perinatal.<sup>(16)</sup>

Seu uso indiscriminado envolve riscos adicionais desnecessários tanto para a mãe como para criança, as cesarianas em excesso estão associadas com maior necessidade de tratamento pós-natal com antibióticos, mais transfusões de sangue, menor frequência e duração da amamentação, as mulheres necessitam de maior tempo de permanência hospitalar após o parto<sup>(17)</sup>.

Também podem comprometer a sobrevivência neonatal, devido ao aumento da ocorrência de baixo peso ao nascer e “prematuridade iatrogênica” (bebe nascido prematuramente como resultado de cesárea eletiva) e, portanto, exigem maior tempo de internação, uso de materiais cirúrgicos, unidade de terapia intensiva neonatal e mais pessoal capacitado, adicionando custos aos orçamentos da saúde<sup>(13,17)</sup>

Também foram relatadas alterações à saúde a longo prazo, como diabetes, hipertensão, obesidade e alterações epigenéticas com impacto transgeracional<sup>(18)</sup>, com consequências para a vida pessoal e familiar, que irão onerar a sociedade e o sistema de saúde.

Para conter o avanço das cesarianas no País, profissionais do Ministério da Saúde vêm implantando várias iniciativas, desde a adoção de ações conjuntas com a Agência Nacional de Saúde para valorização do parto normal até a proposta de revisão de currículos acadêmicos feita ao Ministério da Educação e dos programas de residência, passando pelas campanhas e conferências para sensibilização e educação das brasileiras sobre os benefícios do parto normal.<sup>(10)</sup>

A capacitação de profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) para realizar o parto normal está incluído no programa ministerial. Os profissionais funcionam como multiplicadores para difundir a concepção de que o parto faz parte de um processo fisiológico da mulher, no qual ela é protagonista da ação e o médico deve ser um facilitador do processo, promovendo o máximo de conforto à parturiente.<sup>(10)</sup>

O presente estudo tem como objetivo: refletir acerca dos fatores associados ao aumento dos índices de cesarianas no Brasil.

## 2 – METODOLOGIA

O presente estudo foi realizado a partir de revisão de literatura sobre o tema “Fatores associados ao aumento da incidência de cesarianas no Brasil.”

Para realização desta pesquisa foram utilizados 54 artigos, dos quais 52 são originais ( pesquisa de campo) e 02 são revisões bibliográficas. Buscou – se as obras nas bases de dados Scielo, Lilacs, Bireme e Site do Ministério da Saúde, no período de agosto a setembro de 2013.

Foram selecionados artigos em português do período de 2004 a 2013, com as seguintes palavras – chaves: Cesárea, Parto humanizado, Parto normal, Obstetrícia.

## 3 - RESULTADOS E DISCUSSÕES

- Influência de fatores sócio - culturais, regionais, institucionais e legais.

Tem sido observada no Brasil, nos últimos anos, elevação na taxa de parto por cesárea.<sup>(13,19,20)</sup> Tal fato tem ocorrido ao mesmo tempo em que a prática obstétrica atual, por meio de recursos propedêuticos modernos, tem permitido melhor avaliação da gestação, fazendo diagnósticos mais precisos, o que pode, eventualmente, contribuir para a elevação de parto por cesariana.

Por outro lado, alguns estudos têm tentado correlacionar a incidência de parto por cesárea, segundo as condições sociais da gestante. Camano e Mattar<sup>(21)</sup> encontraram incidência de parto por cesárea mais elevada em pacientes pagantes do que em não pagantes, o que foi confirmado por Cai et al.<sup>(22)</sup>

Segundo este mesmo relatório, a frequência de cesarianas foi maior nos estabelecimentos privados e para as mulheres com maior nível de instrução, reforçando a hipótese de Rattner,<sup>(23)</sup> deste procedimento “ter se transformado em um bem de consumo, disponível para aqueles que detêm poder aquisitivo”.

Yazlle Rocha et al<sup>(24)</sup> estudaram retrospectivamente 36.956 casos de partos hospitalares na cidade de Ribeirão Preto, SP, ocorridos nos anos de 1978 a 1981, período no qual se instituiu no sistema previdenciário o mesmo pagamento, tanto para o parto por via vaginal quanto por cesárea e confirmaram a existência de um gradiente de incidência de

cesáreas, ou seja, incidência maior nas pacientes de melhor nível sócio-econômico e menor naquelas de pior condição social.

A escolaridade das mães está relacionada a esse aumento: o menor índice de cesáreas está entre mulheres com baixo nível de escolaridade e nas regiões Norte (15%) e Nordeste (17%), enquanto os maiores estão entre mães com 12 ou mais anos de estudo das regiões Sudeste (76%), Sul (75%) e Centro-Oeste (77%).<sup>(10)</sup>

Esses autores afirmam que a mudança na forma de pagamento da assistência ao parto não diminuiu a incidência de cesáreas e sugerem que a diferença entre as modalidades assistenciais ao parto conduz a diferentes padrões de assistência, interferindo na incidência de cesáreas.<sup>(24)</sup>

As explicações para essas taxas, muito acima dos parâmetros recomendados (no máximo 15%) pela Organização Mundial da Saúde - OMS, são várias, como a organização da assistência obstétrica, a formação dos profissionais de saúde e a demanda por cesarianas por parte das parturientes – a “cesárea a pedido” – que tem sido atribuída a fatores sócio - culturais.<sup>(25)</sup>

Outro aspecto assinalado, a formação dos profissionais, tem privilegiado o uso de tecnologia sofisticada em detrimento da aprendizagem da assistência ao parto normal, enfatizando uma concepção patológica do processo de trabalho de parto. A demanda por laqueadura tubária concomitante à cesárea é também apontada como responsável pelas altas taxas desse procedimento.<sup>(26)</sup>

Além disso, os profissionais de saúde apontam como motivo para a “cesárea a pedido” o medo da dor no momento do parto e a possibilidade de evitar dores após a cirurgia, através da utilização de fortes analgésicos, assim como a ideia de que a cesárea permite à mulher manter intactas a anatomia e fisiologia da vagina e do períneo, o que seria importante para o coito vaginal.<sup>(27)</sup>

Atualmente, até o discurso feminista do direito da mulher à escolha está sendo apropriado pela obstetria para justificar a “cesárea a pedido”. Porém, a aparente “liberdade de escolha” outorgada à mulher é, muitas vezes, acompanhada da falta de informações sobre os riscos envolvidos nos procedimentos relacionados ao parto e nascimento.<sup>(28)</sup>

Alguns trabalhos questionam a argumentação de que o aumento de partos cirúrgicos é decorrência das preferências das mulheres<sup>(29)</sup>. Por outro lado, há uma tendência crescente na literatura de dar voz aos usuários dos serviços, visando a melhora da qualidade da assistência e a construção da cidadania.<sup>(30,31)</sup>

- Influência dos fatores médicos e não médicos.

Uma questão inicial é a ideia de que as mulheres no Brasil preferem ter seus filhos por meio de uma cesariana, pelo medo da dor no parto vaginal, para preservar a função sexual e para a realização da laqueadura tubária, entre outros<sup>(32)</sup>. Embora as taxas de cesariana no



Brasil sejam extremamente elevadas, elas nem sempre refletem o desejo das mulheres quanto ao tipo de parto que preferem.<sup>(32)</sup>

Vários autores têm desmistificado esta noção, apontando a preferência das mulheres pelo parto vaginal, tanto aquelas assistidas nos serviços públicos quanto nos privados.<sup>(33,34)</sup> A percepção reinante sobre cesarianas entre os profissionais estudados, técnicos treinados que as executam dezenas de vezes, é de que são cirurgias seguras, rápidas e sem complicações, melhores para as mulheres, para os bebês e também para os médicos.<sup>(33)</sup>

Não haveria problemas em se indicar cesariana de forma liberal sem seguir estritamente apenas os critérios obstétricos. Quem estaria sendo prejudicado ao realizar uma cesariana? O médico estaria não apenas salvando a vida da mãe e do feto, mas também abreviando o sofrimento da mulher ocasionado pelas contrações do trabalho de parto.<sup>(34)</sup>

A liberalidade nas indicações de cesariana também é favorecida porque apesar de saber que, do ponto de vista teórico, as cesarianas têm mais complicações tanto maternas quanto fetais, eles não identificam esse risco na sua prática diária.<sup>(34)</sup>

Segundo Faúndes & Cecatti<sup>(32)</sup>, a organização atual da atenção obstétrica tem importante papel nas elevadas taxas de cesariana, autores destacam o papel da conveniência de uma intervenção programada para o obstetra, a incerteza quanto à possibilidade de hipóxia ou trauma fetal e a falta de preparo da mulher para o parto como os principais fatores ligados à preferência médica na ocorrência de cesarianas.

Em recente estudo<sup>(35)</sup>, realizado em Ribeirão Preto, São Paulo, foi observado um aumento nas taxas de cesariana entre as mulheres de maior nível sócio-econômico e, conseqüentemente, de menor risco obstétrico, fato também encontrado no Sul do Brasil<sup>(36)</sup>, o qual chamou a atenção de que nas categorias particulares e de pré-pagamento não foram encontrados diagnósticos que justificassem a decisão pela cesariana, baseada em indicações médicas.

Dessa forma, diferentes estudos vêm sugerindo que: fatores pessoais, da mulher e de seu ambiente social<sup>(37,38)</sup>, bem como regionais e institucionais relacionados à organização dos serviços<sup>(39)</sup> constituem aspectos não-médicos relacionados ao parto no Brasil, influenciando a cultura da prática obstétrica vigente.

A participação do médico como promotor de uma cultura intervencionista foi destacada, em estudo nacional<sup>(39)</sup>, realizado com puérperas, de clínica privada e pública, segundo esse estudo, três em quatro das primíparas do setor privado e oito em 10 do setor público que tiveram cesarianas, gostariam de ter tido partos vaginais, sendo observado que o obstetra promove os medos da parturiente associados ao parto e superestima a segurança da cesariana, em função dos seus interesses.

A visão dos médicos obstetras e dos residentes é de que a cesariana seria uma forma de “profilaxia das complicações” que não saberiam manejar, de um acompanhamento clínico que não poderiam oferecer e de evitar processos por conta de mal resultados. Aparentemente sem riscos e com poucas chances de complicar, seria mais “seguro” fazer uma cesariana.<sup>(34)</sup>

Entendemos que praticamente não possuímos dados objetivos que comprovem estas afirmativas. Não existe no Brasil qualquer estudo que determine a influência do fator do médico sobre a incidência de cesáreas, contudo, existe uma recente publicação que mostra os resultados de um estudo feito nos Estados Unidos, onde foi constatado que o médico tem uma influência importante na taxa de cesariana, perdendo apenas para a nuliparidade.<sup>(40)</sup>

- Influência dos fatores de organização da atenção obstétrica.

A maneira como se pratica a assistência obstétrica no Brasil também contribui para a situação atual. O cuidado pré-natal, em geral, não prepara a mulher grávida psicologicamente para o parto. O medo e insegurança que toda mulher grávida sente são mais estimulados do que prevenidos no pré-natal que ela recebe e no contexto social em que ela passa a sua gravidez.<sup>(41,42)</sup>

O medo da dor no parto é exacerbado com as primeiras contrações uterinas, requerendo um apoio psicológico para a mãe. Isto praticamente inexistente hoje no Brasil, uma vez que no atual sistema de saúde a figura da parteira quase desapareceu.<sup>(42)</sup>

A falta de parteiras também contribui para a perda do conceito e da prática do trabalho em equipe no cuidado obstétrico. Com a exceção de alguns poucos serviços públicos e hospitais universitários que mantêm uma equipe de residentes internos e pessoal clínico, a maior parte da assistência obstétrica está individualizada.<sup>(42)</sup>

A própria deficiência na formação obstétrica serve como justificativa para ampliar as indicações de cesariana. Como são muitas as cesarianas indicadas, não existe a possibilidade de que um residente não tenha a oportunidade de realizar várias destas cirurgias durante o seu primeiro ano do programa de residência.<sup>(43)</sup>

A centralização do ensino médico em hospitais de referência e de maior complexidade pode prejudicar o acesso dos médicos em formação (alunos e residentes) a assistência obstétrica fisiológica, resultando em uma formação capacitada para enfrentar situações complexas, porém, limitada para acompanhar e investir no parto normal de baixo risco.<sup>(02)</sup>

A busca por fatores que justifiquem o aumento nas taxas de cesárea é essencial para que soluções possam ser pensadas. Vários autores apontam a atual organização da assistência obstétrica, como tendo importante papel nas elevadas taxas de cesárea. Para alguns estudos, fatores pessoais da mulher e do seu ambiente social, bem como regionais e institucionais relacionados à organização dos serviços, constituem aspectos não médicos e estariam associados à prática obstétrica vigente no Brasil.<sup>(03)</sup>

Neste sentido, o Ministério da Saúde, como parte da política de incentivo ao parto normal, instituiu a Portaria MS/GM 2.815, de maio de 1998, a qual incluiu na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do SUS o procedimento “parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra” e a Portaria 466, que estabelece diferentes limites para o parto cirúrgico, de acordo com a complexidade do serviço obstétrico hospitalar.<sup>(06,07)</sup>

No ano de 2003, destacou-se a implantação da Política Nacional de Humanização, na qual humanizar a atenção e a gestão em saúde no SUS constituiu ferramenta para qualificar as

práticas de saúde<sup>(44)</sup>. O conceito de parto humanizado é amplo, polissêmico e pode ser explorado em varias dimensões de formas complementares entre si.<sup>(45,46)</sup>

Adotou-se para esse estudo o conceito da World Health Organization (WHO)<sup>(47)</sup>, qual seja: “um conjunto de condutas e procedimentos que visam a promoção do parto e do nascimento saudável e a prevenção da morbi- mortalidade perinatal. Incluem o respeito ao processo fisiológico e a dinâmica de cada nascimento, nos quais as intervenções devem ser cuidadosas, evitando-se os excessos e utilizando-se, criteriosamente, os recursos tecnológicos disponíveis.”

A humanização da assistência em saúde surge como uma opção para modificar o cenário existente no Sistema Único de Saúde (SUS), que demanda mudanças nos diversos estágios que o compõem, a exemplo da dificuldade no acesso e da falta de qualidade nos serviços de saúde.<sup>(48)</sup>

Humanizar significa proporcionar um atendimento de qualidade à população, articulando tecnologia com acolhimento e, ainda, preocupar-se com as condições de trabalho dos profissionais. O que resultou na Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde (Humaniza Sus), no ano de 2004,<sup>(48,50)</sup> assim como a criação da lei 11.108/2005, que permite a presença de um acompanhante, de livre escolha da mulher, durante o período de trabalho de parto, parto e pós -parto imediato, nas instituições de saúde brasileiras.

O panorama não é diferente no que diz respeito à atenção da saúde da mulher, especialmente quando se analisa a qualidade da atenção obstétrica com base na humanização do parto e nascimento.<sup>(51)</sup>

A propósito, destaque deve ser dado ao Programa de Humanização no Pré-Natal e nascimento (PHPN), que surgiu com a criação das Portarias MS/GM 569, 570, 571 e 572, de 01 de junho de 2000, visando olhar a assistência obstétrica de forma integral e afirmar os direitos das mulheres.<sup>(8,9,52)</sup>

Com a finalidade de incentivar um atendimento obstétrico integral e garantir os direitos de escolha da mulher, objetivando ainda a reorganização da assistência, ficando esta pautada na ampliação do acesso das mulheres à assistência com qualidade, sendo o parto realizado com o mínimo de intervenções. Além disso, o Programa trouxe o foco da questão para a mulher e abriu a possibilidade de discussões, tão necessárias, a respeito da mudança nas condutas implementadas no ciclo gravídico-puerperal.<sup>(52)</sup>

Os profissionais de saúde são de suma importância no processo da humanização do parto e nascimento e da assistência em geral.<sup>(53)</sup> A formação dos médicos obstetras, porém, tem se mostrado insuficiente diante da necessidade de tornar estes profissionais habilitados a prestar uma assistência integral de qualidade, além de humanizada, ao contrário do que se pretende, visto que se inclinam mais para a utilização de práticas intervencionistas.

Já a formação dos enfermeiros obstetras visa uma assistência de caráter mais humanizado e voltada para o respeito à fisiologia do parto. É possível compreender, então,

que tanto médicos quanto enfermeiros obstetras estão capacitados e autorizados a prestar assistência aos partos de risco habitual.<sup>(53)</sup>

Atualmente, a mídia está valorizando a profissional “enfermeira obstétrica”, e existem vários movimentos da comunidade científica com a finalidade de resgatar o parto como um acontecimento fisiológico, humanizado e com qualidade. Esses movimentos estão sendo gerados pela necessidade de diminuir as altas taxas de cesáreas, as mortes maternas e perinatais e para aumentar os atuais reduzidos números de partos normais, acompanhados por enfermeiras obstétricas ou obstetras.<sup>(54)</sup>

#### **4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo vem demonstrar que o Brasil vive um cenário epidêmico de cesarianas desnecessárias e nem sempre indesejadas. O que se conclui após todos esses questionamentos, é que apesar dos notáveis avanços da medicina perinatal, fazendo com que em muitas vezes uma cesariana possa ou deva ser a melhor alternativa para salvaguardar a saúde da mulher e de seu filho, o certo é que a grande maioria das mulheres e dos neonatos são capazes de atravessar de maneira saudável o crítico momento do nascimento, sem necessidade de nenhuma intervenção médica. Uma boa medicina pressupõe o entendimento dos processos fisiológicos e, embora possam ocorrer disfunções, a gravidez e a parturição normais são processos fisiológicos.

Muitas questões ainda permanecem sem resposta em relação à escolha do modo de parir: os valores e as preocupações das mulheres (dos casais) mudam com a paridade, com a idade e com as mudanças no estilo de vida? Quais são os riscos das cesarianas sucessivas para as gestantes e seus filhos? Como as complicações iatrogênicas podem ser evitadas? Atualmente, várias iniciativas têm sido propostas, tentando melhorar a qualidade da assistência ao parto, com um modelo menos intervencionista e assistência mais humanizada.

Os caminhos apontados têm sido a criação de centros de parto normal e o resgate da participação da obstetra e enfermeira obstétrica no processo do parto e nascimento. Conforme ressalta o Ministério da Saúde, no tipo de parto estão implicados necessidades, riscos e benefícios, complicações e repercussões futuras, sendo importante a informação e formação de opiniões entre as mulheres, para que elas possam reivindicar aquilo que é melhor para a sua saúde e a de seus filhos, pois, embora profissionais e mulheres façam a opção antecipada do tipo de parto, esse fato não pode ser visto como uma simples questão de preferência.

#### **5 – REFERENCIAS**

1. Betrán AP, Meriáldi M, Lauer JA, et al. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2007 Mar; 21(2):98-113.

2. Sass N, Mei Hwang S. Dados epidemiológicos, evidências e reflexões sobre a indicação de cesariana no Brasil. *Diagn Tratamento*. 2009 Set; 14(4):7-33.
3. Sakael TM, Freitas TS, Dòrsi E. Fatores associados à taxa de cesárea em hospital universitário. *Rev Saúde Pública*. 2009 Jun; 43(3):472-80.
4. Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G, Velazco A, et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet*. 2006 Jun; 367(3):1819-29.
5. Zorzetto R. Escolha errada. *Revista Lancet. Pesquisa Fapesp* 124. [documento da internet] São Paulo (SP) Junho 2006; 40-4 [acesso 2010 Set 26] Disponível em: <http://www.cepia.org.br/doc/mulheres.pdf>
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 2815, de 29 de maio de 1998. Institui importância e necessidade de reduzir o número de cesarianas e o índice de morbimortalidade materna e perinatal. *Diário Oficial* 29/05/98; Seção I.
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 466, de 10 de maio de 2000. Institui limites percentuais máximos de cesarianas, em relação ao número total de partos realizados por hospital. Brasília (DF): Ministério de Estado da Saúde; 2000.
8. Ministério da Saúde (BR). Portarias 569, 570, 571 e 572 de 01 de junho de 2000: instituem o Programa de humanização no pré-natal e nascimento visando olhar à assistência obstétrica de forma integral e afirmar os direitos das mulheres. Brasília (DF): MS; 2000.
9. Campana HCR, Peloso SM. Levantamento dos partos cesárea realizados em um hospital universitário. *Rev Eletr Enf*. [online] 2007 Abr [acesso 2012 Mar 10]; 9(1):51-63. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a04.htm>
10. A Cesárea no Brasil, disponível em: <http://revistaplaneta.terra.com.br/secao/saude/cesarea-coqueluche-brasileira>, acessado em 29 de outubro de 2013 às 20h e 10 minutos.....
11. Notzon FC, Placek PJ, Taffel SM. Comparisons of national cesarean section rates. *N Engl J Med* 1987;316(7):386-9.
12. Pierre KD, Vayda E, Lomas J, et al. Obstetrical attitudes and practices before and after the Canadian Consensus Conference Statement on Cesarean Birth. *Soc Sci Med* 1991;32(11):1283-9.
13. Faundes A, Cecatti JG. A operacao cesarea no Brasil: incidencia, tendencias, causas, consecuencias e propostas de acao. *Cad Saude Publica* 1991;7(2):150-73.
14. Faundes A, Silveira DM, Coutinho E, De Oliveira HC, Conceição IS, Lopes ID, De Codes J et al. Physicians denounce precariousness of reproductive health in the country and propose an addendum to the Brazilian document for the Cairo conference. *Planej Agora* 1994;10:7-8
15. World Development Report. Investing in health: world development indicators. New York: Oxford University Press; 1993. p. 150.
16. Curet LB, Zachman RD, Rao AV, Poole WK, Morrison J, Burkett G. Effect of mode of delivery on incidence of respiratory distress syndrome. *Int J Gynaecol Obstet* 1988;27:165-70.
17. Belizan J, et al. Rates and implications of caesarean sections in Latin America: ecological study. *BMJ* 1999;319(7222):1397-402.

18. Boutsikou T, Malamitsi-Puchner A. Caesarean section: impact on mother and child. *Acta Paediatr* 2011;100(12):1518-22.
19. Barros FC, Vaughan JP, Victora CG, Huttly SRA. Epidemic of cesarean sections in Brazil. *Lancet* 1991;338:167-9.
20. Mauad FF, Urbanetz AA, Chufalo JE, Muccilo G, Scarafiz GL, Cardoso DH et al. Probabilidade da paciente com cesárea ter parto vaginal. *Rev Bras Ginecol Obstetr* 1987;(jan/fev):9-11.
21. Cai WW, Marks JS, Chen CH, Zhuang YX, Morris L, Harris JR. Increased cesarean section rates and emerging patterns of health insurance in Shanghai, China. *Am J Public Health* 1998;88:777-80.
22. Camano L, Mattar R. Reflexões sobre a incidência da cesárea. *Rev Paul Med* 1983;101:160-4.
23. Rattner D. So b re a hipótese de estabilização das taxas de cesáreas do Estado de São Paulo, Bra s i l. *Rev Saúde Pública* 1996; 30:19-33.
24. Yazlle Rocha JS, Ortiz PC, Fung YT. A incidência de cesáreas e a remuneração da assistência ao parto. *Cad Saúde Pública* 1985;1:457-66.
25. OMS (Organização Mundial da Saúde), 1996. *Assistência ao Parto Normal: Um Guia Prático*. Genebra: OMS.
26. BERQUÓ, E., 1993. Brasil, um caso exemplar. Anticoncepção e partos cirúrgicos – À espera de uma ação exemplar. *Revista Estudos Feministas*, 1:366-381.
27. FAÚNDES, A. & CECATTI, J. G., 1991. A operação cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. *Cadernos de Saúde Pública*, 7:150-173.
28. MELLO-E-SOUZA, C., 1994. C-sections as ideal births: The cultural constructions of beneficence and patients' rights in Brazil. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 3:358-366.
29. PERPÉTUO, I. H. O. P.; BESSA, G. H. & FONSECA, M. C., 1998. Parto cesáreo: Uma análise da perspectiva das mulheres de Belo Horizonte. In: *Anais do XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais da Associação Brasileira de Estudos Populacionais* <<http://www.abep.nepo.unicamp.br>>.
30. ROBERTSON, A. & MINKLER, M., 1994. New health promotion movement: A critical examination. *Health Education Quarterly*, 21:295-312.
31. TONES, K., 1994. Health promotion, empowerment and action competence. In: *Action and Action Competence as Key Concepts in Critical Pedagogy* (B. B. Jensen & K. Schnack, org.), pp. 163-183, *Studies in Educational Theory and Curriculum* 12, Laererhøjskole: Royal Danish School of Educational Studies.
32. Faundes A, Ceccatti JG. A operação cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. *Cad Saúde Pública* 1991; 7 : 1 5 0 - 7 3.
33. Potter JE, Berquó E, Perpetuo IHO, Leal OF, Hopkins K, Souza MR, et al. Unwanted cesarean sections among public and private patients in Brazil : prospective study. *Br Med J* 2001; 323:1155-8.
34. Hotimsky SN, Ratnner D, Venancio SI, Bógus CM, Miranda MM. O parto como eu vejo... ou como eu desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica . *Cad Saúde Pública* 2002; 18:1303-11.

35. Freitas PF, Drachler ML, Leite JCC, Grassi PR. Desigualdade social nas taxas de cesariana em primíparas no Rio Grande do Sul. *Rev Saúde Pública* 2005; 39:761-7.
36. Yazlle MEHD, Rocha JSY, Mendes MC, Patta MC, Marcolin AC, Azevedo GD. Incidência de cesáreas segundo fonte de financiamento da assistência ao parto. *Rev Saúde Pública* 2001; 35:202-6.
37. Faúndes A, Cecatti JG. Which policy for cesarean section in Brazil? Analysis of trends and consequences. *Health Policy Plan* 1993; 8:33-42.
38. Barros F, Vaughan JP, Victora CG, Huttly S. Epidemic of caesarean sections in Brazil. *Lancet* 1991; 338:167-9.
39. Bailit JL, Love TE, Mercer B. Rising cesarean rates: are patients sicker? *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191:800-3.
40. GOYERT, L., BOTTOMS, S. F., TREADWELL, M. C., NEHRA, P. C. "The physician factor in cesarean birth rates". *N. Engl. J. Med.* 320:706, 1989.
41. GRANADO-NEIVA, J. G. "Operação cesárea no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social". XXVI Jornada Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro, 1982.
42. HARDY, E. et al. "Avaliação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher no Estado de São Paulo. Resultados da área metropolitana e do interior do estado. Informações relativas ao pré-natal, parto e revisão pós-parto". Centro de Pesquisas e Controle das Doenças Materno-Infantis de Campinas (Cemicamp), 1988.
43. Gei AF, Belfort MA. Forceps-assisted vaginal delivery. *Obstet Gynecol North Am* 1999; 26:345-70.
44. Stefanini MLR. Editorial. *Boletim do Instituto de Saude. Sao Paulo: Instituto de Saude; 2003. 30 (3).*
45. Benevides R, Passos E. Humanizacao na saude: um novo modismo? *Interface* 2005; 9 (17): 389-94.
46. Diniz CSG. Humanizacao da assistencia ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Cienc Saude Coletiva.* 2005; 10: 627-37.
47. WHO (World Health Organization). *Maternal and Newborn Health. Safe Motherhood Unit. Family and Reproductive Health. Care in normal birth: a practical guide.* Genebra; 1996.
48. Ministério da Saúde (BR), Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.* Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
49. Cesarianas estão se tornando prática comum em hospitais públicos, disponível em: <http://g1.globo.com/bom-dia-brasil/videos/t/edicoes/v/cesarianas-estao-se-tornando-pratica-comum-nos-hospitais-publicos/2695028/>, acessado em 11 de março de 2014 às 8:38:34...
50. Brasil. Lei n 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União [internet].* Brasília; 2005 [citado 4 Abr 2011]. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2005/11108.htm>

51. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
52. Griboski RA, Guilhem D. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. *Texto Contexto Enferm*. 2006 Jan-Mar;15(1):107-14.
53. Seibert SL, Barbosa JLS, Santos JM, Vargens OMC. Medicalização X humanização: o cuidado ao parto na história. *Revista de Enfermagem UERJ*. 2005;13:245-51.
54. Merighi MAB. Enfermeiras Obstétricas egressas da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: caracterização e trajetória profissional. [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 2000.